

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 35

Contribution à l'étude
de la

Dégénérescence tuberculeuse des Kystes de l'Ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Jean-Claude-René ALLARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à KIEN-AN (Tonkin), le 9 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	{ Juges.
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 35

Contribution à l'étude
de la
**Dégénérescence tuberculeuse
des Kystes de l'Ovaire**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Jean-Claude-René ALLARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à KIEN-AN (Tonkin), le 9 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	{ Juges.
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSEN, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	MAURIAC.
id.....	CASSAET.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.....	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie.....	DUBECQ.
id.....	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Médecine générale.....	N.
id.....	AUBERTIN.
id.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
id.....	DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales.....	PERRENS.

MM.

Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
id.....	CHARRIER.
id.....	LOUBAT.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	RIVIÈRE.
Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire.....	PAPIN.
Physiologie.....	FABRE.
Accouchements.....	PERY.

MM.

Puériculture.....	FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Ophtalmologie.....	MM.	{	CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			BEAUVIEUX (chargé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			N.
id.....	Clinique dentaire.....		GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRERES

A MON ONCLE
LE COMMANDANT DIOUX

Avec l'expression de mon affectueuse
reconnaissance.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR FÉLIX ALLARD

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MIRGUET

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARPENTIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE BOURGO

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur.
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

La tuberculose des kystes de l'ovaire est rare. Son histoire est fort courte non seulement à cause de cette rareté, mais surtout parce que, pour en faire le diagnostic, il fallait à la fois que soient connues les formes anatomo-pathologiques de la tuberculose et que le hasard d'une nécropsie ou d'une ovariectomie mette le chirurgien en présence de ces lésions nouvelles.

En 1863, Spencer Wells publie le premier cas certain, resté classique. Quelques auteurs avant lui avaient parlé de cette complication, mais sans donner de preuves anatomo-pathologiques, ce qui enlève beaucoup de valeur à leurs publications. Pendant une longue période on ne signale plus cette localisation de la tuberculose, et ce n'est que vingt ans plus tard que Baumgarten publie « un cas de kyste de l'ovaire avec dégénérescence tuberculeuse des parois du kyste ». Puis les observations se succèdent, signalées à titre de curiosités

scientifiques, ce sont celles de Klebs, Kriziwicki (1889), Sænger, Kelly (1890), Heibert (1892), Gade (1893), Madlener (1894).

A partir de cette époque, la tuberculose du kyste de l'ovaire est considérée comme une forme de la tuberculose ovarienne, et signalée à ce titre par Guillemain (1894), Scottlaender (1897), Mlle Gorowitz (1900) et Prüsman (1903), qui peut réunir à cette époque 14 observations.

Puis paraît en 1905 la thèse de Rémy, qui constitue ce premier travail d'ensemble sur le sujet, il rapporte 17 observations. Rives, dans sa thèse (1909), en apporte 5 de plus. Martini, en 1912, essaie, à propos de 2 cas personnels, d'en ébaucher la pathogénie.

Enfin, paraît en 1919 une étude complète de la question par Forgue et Chauvin, suivie en 1922 d'un travail de Lefèvre et de la thèse de Mlle Bôrmalatz, qui rapporte toutes les observations connues à cette époque, plus deux inédites. La lecture de ces derniers travaux a largement facilité notre tâche.

ETIOLOGIE

Malgré les études aujourd'hui assez nombreuses que suscita la tuberculose du kyste de l'ovaire, ce que nous savons de son étiologie reste à peu près aussi vague que lors de la publication des premières observations.

Fréquence. — Le kyste tuberculeux de l'ovaire est rare, puisque la littérature médicale n'en rapportait, au moment de l'étude qu'en fit Mlle Bourmalatz, en 1923, que 46 cas. Nous avons pu en réunir 8 de plus de 1923 à aujourd'hui, plus 2 cas qui semblent avoir échappé aux investigations précédentes, celui de Lefèvre et Loubat, publié en 1913, à Bordeaux, et un autre que Mœnch rapporte avec son observation de 1923 et qui date de 1915. Le premier cas de Mœnch (1914) est déjà noté dans le travail de Forgue.

Somme toute, un total de 56 cas est bien faible en regard de la fréquence des kystes de l'ovaire non tuberculeux d'une part, et d'autre part de la tuberculose génitale. On a essayé d'expliquer ce fait par une résistance particulière de l'ovaire vis-à-vis du bacille de Koch. Weibel cite les expériences de Wittgenstein, qui, mettant des extraits d'ovaire et des émulsions de bacilles en contact prolongé, note la destruction des bacilles et la diminution de résistance de ceux qui échappent à cette destruction. Avec les extraits de corps jaune, la destruction serait encore plus intense (Benso). Il semble donc que l'ovaire oppose une résistance spéciale à cette infection.

Mais, de plus, à cette question de fréquence est intimement liée celle du diagnostic. Or, celui-ci, comme nous le verrons plus loin, ne peut être fait cliniquement; du moins, il ne l'a encore jamais été. Ce n'est que pièces anatomiques en

main que l'on peut soupçonner la tuberculose, qui doit être confirmée par un examen microscopique.

L'âge ne semble pas jouer de rôle, car il varie dans des limites considérables d'après les observations enregistrées; c'est ainsi que la malade de Baumgarten n'avait que 14 ans, tandis que celle de Celler en avait 72. Cependant, dans la majorité des cas, les malades sont atteintes en pleine activité génitale.

Les jeunes filles sont atteintes, mais dans une proportion moindre que les femmes mariées; sur 46 cas, Mlle Bourmalatz note 7 cas de jeune fille seulement.

Grossesse. — La stérilité est très fréquemment notée dans les antécédents de ces malades, mais il est très probable qu'elle est ici non pas une cause favorisante de la maladie, mais une de ses conséquences.

La nature du kyste ne semble pas tout à fait indifférente. Les kystes dermoïdes et mucoïdes peuvent également être le siège d'un processus tuberculeux. Sur 53 observations, on trouve 13 kystes dermoïdes contre 40 kystes mucoïdes, mais si l'on considère que la proportion habituelle des premiers contre les seconds est environ de 3 p. 100, on doit reconnaître que les kystes dermoïdes sont bien plus souvent atteints, puisque pour 40 kystes mucoïdes on aurait dû trouver au maximum 2 kystes dermoïdes au lieu de 13. Cependant, la malade de Mœnch (obs. II) présentait un kyste à chaque ovaire, l'un dermoïde et l'autre mucoïde, ce dernier seul était atteint; ce fait va à l'encontre des constatations précédentes.

Les kystes multiloculaires sont plus souvent atteints que les uniloculaires ou kystes du parovaire, mais jusqu'à présent les kystes multiloculaires étaient beaucoup plus fréquents que ceux du parovaire.

Côté. — Les ovaires, droit et gauche, sont également touchés, de même le fait que le kyste est inclus ou non dans le ligament large n'importe pas.

Quant à la contagion, l'étude anatomo-pathologique et la

pathogénie ayant montré, comme nous le verrons plus loin, que la tuberculose du kyste de l'ovaire n'est jamais primitive, elle se ramène aux données habituelles de la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme.

On peut noter que bien souvent les malades ont des antécédents personnels ou héréditaires tuberculeux. C'est ainsi que sur 7 de nos observations nous trouvons une ascite essentielle (obs. I) et deux pleurésies séro-fibrineuses (obs. IX et X).

Certains auteurs ont affirmé l'action favorisante d'autres infections. Bertino, par exemple, pense que la blennorrhagie, la syphilis, de nombreux accouchements, favorisent le développement de la tuberculose, ce que nient Forgue et Chauvin; il est bien difficile d'affirmer quoi que ce soit à ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du kyste tuberculeux de l'ovaire a été bien étudiée par Forgue et Chauvin en 1919, puis par Lefèbvre (1922); enfin, Mlle Bourmalatz, en 1923, reprit l'exposé de ces auteurs. L'étude des observations recueillies depuis cette époque ne fait que confirmer ce qui a déjà été dit, sans permettre d'y ajouter beaucoup de précisions nouvelles.

Lefèbvre classe ces kystes tuberculeux en deux groupes; les cas simples et les cas complexes.

I. — *Cas simples.*

Ce sont ceux dans lesquels le kyste, siège d'un processus tuberculeux, reste individualisé, indépendant des autres organes.

Une subdivision intervient alors, distinguant les kystes qui n'ont de lésions que sur leur surface externe et ceux qui sont atteints dans leur profondeur.

1° LES LÉSIONS SIÈGENT SUR LA SURFACE.

Dès l'ouverture du ventre, on constate de nombreuses granulations miliaires sur le péritoine et sur le kyste; c'est le cas typique qu'a décrit Spencer Wells : « A sa face externe, au-dessous du péritoine, et intimement liés au stroma kystique, on voyait un grand nombre de nodules de la grosseur d'un grain de poivre, de consistance cartilagineuse, à la coupe brillante, demi-transparente à la périphérie, opaque et caséeux au centre, qui était légèrement ramolli. »

Dans cette forme, le liquide kystique n'est habituellement pas modifié du fait de la tuberculose, il est parfois brun hématique, ou clair et gélatineux, ou encore vert et visqueux.

L'épithélium qui tapisse la cavité est intact.

Cette forme s'accompagne parfois d'ascite (obs. de Grüber et de Scottlaender).

Examen microscopique (Lefèvre). — En examinant la coupe d'un kyste mince, on voit, en allant de l'intérieur à l'extérieur :

- 1° un épithélium cubique;
- 2° une zone lamelleuse, fibreuse, dense, avec infiltration de cellules migratrices;
- 3° une zone péritonéale recouverte d'un tapis de follicules tuberculeux, crus pour la plupart et à tendance scléreuse.

En fait, cette tuberculose externe ne se rencontre sans doute ainsi à l'état pur qu'au début de l'évolution des lésions, qui doit se faire dans ce cas de l'extérieur vers l'intérieur.

2° LES LÉSIONS SIÈGENT DANS LA PROFONDEUR.

C'est la forme dite *interne* ou *cavitaire*, mais elle n'existe pas d'emblée à ce stade; il y a d'abord, dans l'épaisseur de la paroi, des foyers rares, quelquefois unique (Mœnch), qui évoluent vers la lumière du kyste, détruisant l'épithélium et versant dans le liquide leur substance caséreuse.

A l'ouverture du kyste, dans un cas avancé, on trouve un liquide jaune ou verdâtre, épais, purulent, avec des grumeaux caséux. La paroi est semblable à celle d'un abcès froid, jaune, tomenteuse, fongueuse, recouverte de substance caséuse en ramollissement.

Le maximum des lésions est situé à la partie inférieure du kyste, qui correspond à son pédicule. Comme nous le verrons plus loin, cette localisation est due à la propagation par voie lymphatique.

Quand le cas est moins avancé, on trouve un liquide normal avec seulement quelques taches huileuses en surface, et, sur les parois, à la partie inférieure, quelques tubercules en voie de ramollissement.

Examen microscopique. — Il montre aux endroits encore intacts des traces de l'épithélium qui tapisse la paroi. C'est la présence de cet épithélium qui permet de faire le diagnostic entre un véritable kyste de l'ovaire tuberculisé et un abcès froid de l'ovaire ou une collection purulente froide enkystée au milieu d'adhérences péritonéales.

Par ailleurs, on constate des lésions nodulaires avec cellules géantes, à noyaux multiples contenant rarement des bacilles acido-résistants et des traînées de cellules épithélioïdes; le centre des tubercules tend à se nécroser, se ramollir, et on peut voir, là où les tubercules confluent, se former de vastes foyers caséeux.

II. — *Cas complexes.*

Lefèbvre fait entrer dans cette catégorie les kystes tuberculeux de l'ovaire solidaires d'organes pelviens également atteints de tuberculose. Il fait dans ce groupe une subdivision distinguant, d'une part, les kystes à la formation desquels participe la trompe (kystes tubo-ovariens décrits par Forgue) et, d'autre part, les kystes associés à une tuberculose des autres organes pelviens.

a) *Les kystes tubo-ovariens.* — Pour constituer cette poche, la trompe doit s'aboucher au kyste de telle sorte que sa cavité se continue avec la cavité kystique; rien ne différencie le pyosalpinx du contenu kystique. Rentrent dans cette catégorie les cas décrits par Madlener (X), Olshausen (LXV), Prietaam (XLV) (bibliographie de Mlle Bourmalatz). Le cas décrit par Mœnch est typique de cette forme anatomo-pathologique : « La pièce avait été déchirée sur un côté et laissait voir une cavité irrégulière ($40 \times 35 \times 20$ mm.), qui était limitée par une membrane hémorragique et pyogène. Sur une coupe, on

trouva que la cavité allait s'amincissant vers le bas et latéralement jusqu'à n'avoir plus que 18 millimètres, et qu'elle se continuait alors avec la lumière de la trompe. »

b) *Dans une dernière forme*, les lésions ne se bornent plus au kyste et à la trompe, mais s'étendent aux autres organes, englobant des anses intestinales, le rectum, le côlon pelvien, la vessie, et bloquant parfois en une seule masse le contenu d'une partie de la cavité abdominale (obs. de Mériel, Rousset, Forgeue).

Le volume du kyste tuberculisé est variable, parfois considérable. Perez (obs. IX) en décrit un qui remontait jusqu'au diaphragme, où il contractait des adhérences avec le diaphragme en passant en arrière du bord postérieur du foie; contenance, 5 litres. Celui de Cartier et Lantuéjoul contenait 10 litres. Forgeue note six fois le volume de la tête d'un adulte et cinq fois celui de la tête d'un enfant. La consistance est très variable : tantôt dure, tendue; tantôt si molle et flasque que l'on a cru, à l'examen, à de l'ascite (obs. Cartier, Lantuéjoul); tantôt irrégulière, dure par endroits, fluctuante en d'autres.

La recherche du bacille de Koch, qui malheureusement n'est pas toujours faite, reste très souvent infructueuse. Forgeue nous dit que, « dans les 12 cas où la recherche bactériologique a été faite, 7 fois elle a été négative, 2 fois le bacille a été découvert seulement dans les lésions associées, soit dans la trompe, soit dans l'utérus; 4 fois seulement il a été découvert dans la paroi du kyste ». Nous pouvons ajouter l'observation de Moench, qui trouve dans un cas (obs. II) des bacilles dans la coupe du kyste, et dans l'autre (obs. III) ne peut en trouver que dans la trompe.

Quant à l'observation de Cartier et de Lantuéjoul, elle entre dans un cadre tout à fait différent, puisque les bacilles se trouvaient uniquement et en grande quantité dans le liquide du kyste, alors que les parois ne présentaient aucune lésion tuberculeuse.

Il serait intéressant de faire l'examen cytologique du liquide kystique, qui, pratiquement, n'est jamais fait.

La littérature médicale cite celui de Courmont (Polosson), qui trouva la formule suivante :

Lymphocytes, 88 p. 100;
Polynucléaires, 5;
Grands mononucléaires, 7.

Ce pourcentage fait évidemment penser à un épanchement tuberculeux, malheureusement on ne peut rien conclure d'un seul cas.

Peut-être qu'une série d'examens systématiques du liquide des kystes de l'ovaire, qu'ils présentent ou non des lésions tuberculeuses, nous permettrait de découvrir un type de tuberculose de l'ovaire tout à fait différent de ceux que nous avons envisagés jusqu'à présent et que nous fait soupçonner l'observation de Cartier et Lantuéjoul. On peut penser que la poche kystique qui a certaines analogies avec les séreuses soit susceptible de présenter une forme de tuberculose analogue à une pleurésie séro-fibrineuse à l'hydrocèle essentielle, à l'hydrops tuberculosus du genou (Cartier).

Dans le cas du kyste de Cartier et Lantuéjoul comme dans ces affections, il n'existe aucune lésion de la paroi; l'épithélium comme les séreuses sont indemnes, l'état général est bon; aucune autre manifestation d'imprégnation tuberculeuse de l'organisme; seul l'examen du liquide permet de découvrir des bacilles, une formule lymphocytaire caractéristique, et l'inoculation au cobaye, positive, dénonce le virus filtrant.

Lésions des autres organes.

Presque toujours la tuberculose n'atteint pas seulement le kyste, mais encore d'autres organes pelviens (30 fois sur 34). La trompe constitue le plus souvent le foyer primitif; l'utérus est quelquefois envahi secondairement (obs. de Forgue). Puis viennent par ordre de fréquence les lésions péritonéales, et intestinales.

PATHOGENIE

Alors que sur les questions qui touchent à l'étiologie ou l'anatomie pathologique les auteurs arrivent à peu près aux mêmes conclusions, les opinions sont parfois différentes en ce qui concerne la pathogénie, qui constitue d'ailleurs le chapitre le plus intéressant de cette étude.

La première question qui vient à l'esprit est de savoir si le kyste préexiste à la tuberculose, celle-ci n'étant qu'une complication, ou bien si c'est la tuberculose qui préexiste, le kyste n'étant dans ce cas qu'une forme de la tuberculose ovarienne. Nous allons commencer par étudier cette seconde hypothèse.

I. — *Kyste provoqué par la tuberculose préexistante.*

Là, deux théories sont en présence; l'une, la plus ancienne, tend à considérer le kyste comme une forme de la tuberculose de l'ovaire. Rémy, le premier, envisagea cette hypothèse en se basant sur le rôle bien connu de la tuberculose dans certaines hyperplasies cellulaires, telles que des tumeurs bourgeonnantes du col utérin, la tuberculose mammaire, qui prend, chez les vieilles femmes surtout, l'aspect d'un cancer; cette action hyperplasique s'exerce aussi sur les trompes.

Nous allons tout de suite faire la critique de cette théorie pour ne plus avoir à y revenir.

1° Il est exact que la tuberculose peut donner des lésions à type hyperplasique dans certains tissus de l'organisme,

mais jamais elle n'a donné nulle part de kystes (sauf peut-être dans les formes dites « inflammatoires », comme nous le verrons plus loin, mais alors il n'y a pas de lésions tuberculeuses classiques). Pourquoi en donnerait-elle dans le tissu ovarien?

2° Les lésions tuberculeuses elles-mêmes mises à part, il existe une identité histologique parfaite entre un kyste tuberculeux et un kyste qui ne l'est pas; il faudrait donc admettre deux pathogénies différentes pour une même production pathologique? On trouve parfois, chez une même malade, un kyste tuberculeux d'un côté et un kyste non tuberculeux de l'autre (obs. de Kelley, Prusmann, Polosson).

3° On trouve (obs. de Martini) des exemples de kystes multiloculaires dont une seule loge présentait des lésions; si le kyste était dû au bacille acido-résistant, on en trouverait, uniformément réparties, dans tout le kyste.

4° « Parce que, dans bien des cas, les lésions sont strictement localisées aux seules couches externes de la paroi et ne présentent aucun rapport immédiat avec le revêtement épithélial interne, dont elle ne peut être la cause de prolifération kystique. » (Forge.)

5° Enfin, objection catégorique, des kystes dermoïdes sont parfois tuberculeux, et il est absolument impossible que la tuberculose provoque la formation de poils et de dents.

Plus récemment, Poncet et Leriche ont essayé de faire entrer ces kystes dans le cadre des réactions de l'organisme vis-à-vis de la *tuberculose inflammatoire*, c'est-à-dire d'une tuberculose lente et très atténuée. Ils écrivent : « La tuberculose est la grande cause des néoproductions kystiques de l'organisme. »

Ils pensent avoir démontré l'origine tuberculeuse des kystes du corps thyroïde, et ils voudraient par analogie attribuer à ceux de l'ovaire la même origine. Mais ils n'envisagent pour commencer que les kystes folliculaires et la dégénérescence polykystique de l'ovaire : « Il est donc certain que l'ovarite scléro-kystique est souvent satellite d'une tuber-

culose en évolution, c'est une lésion paratuberculeuse, une lésion de tuberculose inflammatoire. » Ces kystes ne nous intéressent pas, ils n'entrent pas dans le cadre de notre étude, nous ne discuterons pas la possibilité de leur origine tuberculeuse. Mais ces auteurs ne s'en tiennent pas là et veulent généraliser : « Entre les ovarites kystiques que l'on trouve au contact des vieilles salpingites et les kystes folliculaires, les kystes du corps jaune, il n'existe pas de différence; entre les petits kystes et les gros kystes monoloculaires, il n'en existe pas davantage. » Ce qui n'est pas tout à fait exact, car les kystes mucoïdes uni ou multiloculaires sont tapissés d'un épithélium qui manque aux autres et dénote une origine différente.

Il est à remarquer que Poncet et Leriche tentent de démontrer l'origine tuberculeuse non seulement des kystes qui sont l'objet de cette étude, c'est-à-dire qui présentent des lésions spécifiques, mais aussi des kystes que nous considérons comme indemnes, puisque, d'après eux, un kyste dû à la tuberculose inflammatoire ne présente pas nécessairement de lésions ni de bacilles. Bien entendu, cette pathogénie ne serait pas applicable aux kystes dermoïdes.

On peut reprocher à cette théorie de n'être qu'une supposition, sans fait certain à l'appui. Mœnch objecte que les deux ovaires devraient être pris, alors que le plus souvent un seul est atteint. Il dit, en particulier, que la tuberculose de l'ovaire est souvent associée à une thrombose de ses artères, et dans ce cas une diminution de l'apport sanguin tendrait non pas à favoriser des formations nouvelles dans l'ovaire, mais à faire régresser celles qui pourraient y exister déjà.

En résumé, il est tout à fait improbable que la tuberculose puisse provoquer la formation de *kystes mucoïdes*; la question ne se pose même pas pour les kystes dermoïdes. Mais peut-être en influence-t-elle le développement en en accélérant la marche (Martini).

II. — *Le kyste préexiste.*

A. — Tuberculose primitive du kyste.

Le bacille de Koch peut-il se fixer directement sur le kyste à l'exclusion de tout autre organe ? Il semble improbable que la tuberculose s'attaque en premier lieu à un organe qui lui oppose une résistance toute particulière, d'après les expériences de Wettgenstein (cités dans le chapitre de l'étiologie).

Pour que l'on puisse affirmer qu'une tuberculose kystique est primitive, il faudrait que la malade n'ait pas d'antécédents tuberculeux, qu'on ne trouve aucune lésion dans le reste de l'organisme, qu'elle ait un bon état général. Or, parmi ces 54 observations, aucune ne présente ces conditions. Le plus souvent, on trouve des lésions tuberculeuses des trompes ou des foyers pulmonaires, ou bien encore des antécédents caractéristiques. Seul le cas de Prusmann semblait être une tuberculose primitive, mais un examen plus approfondi de l'histoire de la malade a fait connaître une ablation du sein pour un cancer, avec retentissement ganglionnaire, qui, étant donnés les antécédents héréditaires très suspects, pouvait bien être une tuberculose mammaire et axillaire.

Comment pourrait se faire l'inoculation directe du kyste ? On a incriminé la ponction exploratrice, le toucher vaginal, l'hystéromètre, la curette et surtout le sperme.

De nombreuses expériences ont été faites (Deville) pour savoir si le sperme d'individus faisant une épididymite tuberculeuse peut contenir des bacilles; il semble que l'on puisse répondre par l'affirmative. Mais cela expliquerait simplement l'atteinte si fréquente des trompes et non pas celle du kyste.

Cependant, il existe peut-être une tuberculose primitive; c'est la forme à laquelle nous faisons allusion à la fin de

notre chapitre sur l'anatomie pathologique à propos de l'observation de Cartier et Lantuéjoul. Ces auteurs ne signalent, en effet, chez leur malade, aucun antécédent tuberculeux et aucune lésion tuberculeuse concomitante. On peut donc penser, comme nous le disions plus haut, qu'il s'agit ici d'une affection analogue à la pleurésie séro-fibrineuse ou à l'hydrocèle essentielle; or, jusqu'à présent, ces atteintes tuberculeuses semblent primitives.

B. — Tuberculose secondaire du kyste.

Quelles sont les lésions tuberculeuses à partir desquelles l'infection peut se propager jusqu'au kyste ?

Les plus fréquentes assurément sont celles de la trompe, puis les localisations péritonéales, plus rarement la tuberculose intestinale. Enfin, on ne voit quelquefois que des localisations très distantes, pulmonaires par exemple (Obs. de Scottlaender). En fait, sur 34 observations qui donnent des précisions à ce sujet, on trouve 30 cas de lésions tuberculeuses des organes pelviens.

Quelle voie suit le bacille pour se rendre du foyer primitif au kyste ?

Trois sont possibles :

- 1° la voie sanguine;
- 2° de proche en proche;
- 3° la voie lymphatique.

1° LA VOIE SANGUINE. — Elle ne doit être que rarement empruntée par le bacille. En effet, comme nous venons de le dire, la localisation primitive est habituellement la trompe. Or, le sang ne va pas de la trompe à l'ovaire, mais de l'ovaire à la trompe; il faudrait donc que le bacille, ramené au cœur par le système veineux, traverse le poumon, puis soit lancé dans la circulation générale, pour arriver enfin au kyste !!!

Cependant, on est bien obligé d'admettre la propagation par voie sanguine quand il n'existe que des foyers pulmonaires (obs. de Scottlaender).

2° L'ENVAHISSEMENT DE PROCHE EN PROCHE. — Il est certainement très fréquent. La forme anatomique dans laquelle ce mode d'infection est le plus évident est le kyste tubo-ovarien, comme dans le cas de Mœnch, où le kyste communiquait par un orifice de près de 2 centimètres avec la lumière de la trompe, dilatée, remplie de substance caséeuse. Dans ce cas, les lésions ont dû se propager par continuité de la paroi de la trompe à celle du kyste.

Quelquefois aussi, le kyste et la trompe étant unis par des adhérences, la propagation se fait par contiguïté à travers les parois (obs. de Rosenthal). Mais le plus souvent, dans cet envahissement de proche en proche, le péritoine joue le rôle d'intermédiaire; la trompe inocule le péritoine, qui, à son tour, transmet le bacille au kyste. « 13 fois sur 23, le kyste de l'ovaire baignait en pleine péritonite bacillaire, entouré de toute part de tissus granuleux, en contact immédiat sur toute sa périphérie avec des tubercules à divers stades de leur évolution. L'inoculation était fatale. » (Forgue).

3° VOIE LYMPHATIQUE. — Souvent, le péritoine est intact, le kyste n'est pas contigu au pavillon. Il faut alors admettre la propagation par voie lymphatique. Certains l'ont niée, parce que le bacille, pour se rendre par cette voie de la trompe au kyste, doit d'abord descendre, en suivant le courant, dans le ligament large, puis remonter le courant pour aller à l'ovaire. Mais aujourd'hui la lymphangite rétrograde est admise par tous. « Et d'ailleurs, dit Forgue, comment nier la propagation lymphatique lorsqu'on a pu suivre les lésions tuberculeuses depuis la trompe jusqu'à l'ovaire à travers les ligaments larges, lorsqu'on a vu l'inoculation du kyste se faire par son pédicule et se propager d'emblée à ses couches interstitielles et profondes », et il cite l'observation de Martini : « Dans la trompe sont disséminés

des foyers caséux et dans le mésosalpinx se voient des nodules tuberculeux à divers stades de leur évolution. L'examen microscopique permet de vérifier, au niveau du pôle inférieur de la tumeur, l'infiltration des tissus de celle-ci par des éléments tuberculeux isolés ou groupés, mais *de plus en plus abondants à mesure que l'on se rapproche du pédicule* de la tumeur et de la trompe. »

Forgue note dans son observation que le kyste présente à sa partie supérieure de simples lésions inflammatoires, à la partie inférieure des lésions tuberculeuses typiques à un stade assez avancé. L'examen microscopique montre des vaisseaux sanguins dilatés, « mais les lésions les plus intéressantes et les plus marquées portent sur les vaisseaux lymphatiques; ces derniers sont dilatés, énormes, présentent les dimensions de véritables sinus. Leur lumière est obstruée par endroits par un coagulum, qui emprisonne de très nombreux leucocytes, pour la plupart polynucléaires. Leurs parois sont épaisses, leur endothélium prolifère par points; de nombreuses figures de diapédèse sont faciles à découvrir. La coloration au Ziehl ne nous a permis de découvrir que de rares bacilles de Koch. Par contre, en un point, nous avons observé un bacille très net, que la double coloration nous a permis de localiser dans la lumière d'un lymphatique. »

En résumé, on est obligé d'admettre la voie sanguine pour quelques cas rares où les lésions primitives n'existent qu'au poumon. La propagation par voie lymphatique ou de proche en proche est la règle dans l'infection du kyste de l'ovaire.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Rény, dans sa thèse, en 1904, a jugé inutile d'aborder ce chapitre, et maintenant, trente ans plus tard, il est encore à peu près réduit à néant, car cette affection n'a pas d'histoire clinique, et son diagnostic a toujours été dû à une trouvaille de laparotomie ou de nécropsie.

La lecture des observations rapportées jusqu'à ce jour nous conduit à distinguer, à côté d'une forme lente, discrète, qui est la règle, une forme aiguë, dont la littérature ne rapporte que 3 ou 4 cas. Voici l'observation de Bertino (cité *in* thèse Bourmalatz) : « Une jeune femme de 23 ans est prise brusquement, trois mois après son dernier accouchement, d'une hémorragie accompagnée de violentes douleurs dans le bas-ventre. Température 38-38°5. L'état de la malade ne s'améliore par aucun traitement; une tumeur pouvant être décelée dans le côté droit par le palper, on pense à un kyste suppuré : c'est un kyste tuberculeux. »

La forme lente est vague, confuse, prenant tantôt le type de la métro-annexite banale ou bacillaire, tantôt celui de la tuberculose péritonéale ou enfin ressemblant à une néoplasie ovarienne bénigne; le plus souvent, le tableau clinique est constitué par un ensemble de signes de ces différentes affections.

L'état général peut être relativement bon, la femme se plaignant seulement de lassitude et de bouffées de chaleur, mais il est atteint quand des foyers primitifs, pulmonaires, sont en évolution : amaigrissement, température, etc.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de la métro-annexite, pesanteur dans le bas-ventre, douleurs parfois aux points annexiels, ces signes ne présentant jamais l'intensité

d'une suppuration chaude. Les règles sont troublées, tantôt complètement arrêtées (obs. de Charbonnel et Nadal, Moench, Perez : aménorrhée depuis onze mois), tantôt irrégulières. Le plus souvent, il y a simplement dysménorrhée. Les pertes blanches et les métrorragies sont fréquentes.

L'examen physique permet de sentir le kyste, à moins qu'il ne soit très petit et que l'étendue des lésions n'ait bloqué les organes pelviens, ne permettant de sentir qu'une masse difficile à limiter.

Souvent, la présence d'ascite rend encore plus difficile l'examen.

D'autres fois, l'arrêt des règles, la présence d'une masse volumineuse située à côté de l'utérus et distincte de lui, fait aussi faire le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Le diagnostic le plus approximatif que puisse faire le chirurgien est celui « d'annexite tuberculeuse avec kyste peut-être tuberculisé »; c'est à Polorson que revient le mérite d'avoir seul approché le diagnostic d'aussi près.

Un examen du liquide kystique permettrait sans doute de serrer davantage le diagnostic, soit par la formule cytologique, soit par l'inoculation au cobaye. Mais il est probable qu'il ne sera fait aucun progrès dans ce sens, car l'on ne fera pas de ponctions pour deux raisons, d'abord parce qu'elles risquent de provoquer de nouvelles inoculations péritonéales, et ensuite parce qu'elles sont inutiles, puisqu'elles ne modifient pas les indications opératoires.

Dans le pronostic, la tuberculose du kyste lui-même ne compte pas; il est dominé par l'état du foyer primitif, tubaire, péritonéal, pulmonaire, et par l'extension des lésions aux autres organes. Le pronostic opératoire est habituellement bon, même quand on en est réduit à la marsupialisation.

TRAITEMENT

Il n'existe pas de traitement particulier pour le kyste tuberculeux; comme son diagnostic n'est jamais fait, le traitement est celui du kyste ordinaire et de l'annexite.

Deux cas se produisent, ou bien pendant l'opération on ne voit aucune lésion suspecte, et le diagnostic n'est fait que plus tard par l'examen microscopique, ou bien le chirurgien remarque, le ventre ouvert, des tubercules sur le péritoine et la surface du kyste. L'expérience a montré qu'il doit continuer son opération, et, suivant les indications, faire soit la castration unilatérale, soit plus souvent l'hystérectomie subtotale. Les lésions péritonéales sont du même coup améliorées, puisque leur traitement est la laparotomie.

Quand les adhérences sont trop nombreuses on marsupialise, soit le kyste tout entier, soit la partie de la poche que l'on n'a pas pu enlever. On peut faire un drainage et des lavages au Dakin; la poche se réduit et la fistule finit par guérir complètement. (Obs. Mériel, *in* thèse Bourmalatz.)

Mlle Bourmalatz fait remarquer qu'aucune observation ne signale de méningite ni de fistule intestinale ou vésicale. Seuls Lenormant et Moulonguet notent une fistule vaginale qui se ferma deux mois après l'opération.

OBSERVATIONS

On trouvera les observations parues avant 1923 dans la thèse de Mlle Bourmalatz. Nous avons pu réunir deux observations antérieures à 1923 (Lefèvre et Loubat, 1913, Moench, 1915), qui semblent avoir échappé aux investigations précédentes, plus 7 observations publiées depuis 1923, enfin une observation due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.

OBSERVATION I (Résumé).

(H. LEFÈVRE et LOUBAT.)

Mme X..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans, et à 12 ans ascite, amaigrissement, guérison en deux mois.

Mariée depuis deux ans, pas de grossesse ni d'avortement; la malade est de constitution faible. Rien au poumon.

Histoire de la maladie. — La malade a commencé par maigrir, puis elle a souffert du ventre; trouble de la menstruation et pertes. Diagnostic de salpingite.

Au moment des règles s'est produite une phase aiguë : augmentation des douleurs, pouls à 100, température à 39°9. Glace sur le ventre, légère amélioration; mais la malade continue à maigrir et la température reste le soir à 38-39-40 degrés.

Deux mois et demi plus tard, on consulte le chirurgien.

Etat actuel. — Température, 38°6; pouls, 100. La malade est cachectique et paraît tuberculeuse au dernier degré.

La palpation révèle une masse volumineuse qui va jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic et qui plonge dans l'excavation

pelvienne; consistance irrégulière, dure dans la région médiane, fluctuante dans la région supérieure gauche. Au toucher, l'utérus est refoulé en avant et à droite, mal limitable, englobé dans une masse dure, fixée, qui occupe les culs-de-sac droit, postérieur et gauche. A droite, cette masse est irrégulière, bosselée, douloureuse.

A gauche, masse bosselée, qui semble être une trompe venant faire saillie dans le Douglas, surmontée d'une autre tumeur du volume de deux poings, lisse, arrondie, fluctuante. L'ensemble forme un seul bloc coulé dans l'excavation pelvienne.

Au toucher rectal, on sent le Douglas occupé dans sa partie inférieure par des parties dures, irrégulières, surmontées par une masse arrondie, lisse.

Diagnostic. — Lésions tuberculeuses annexielles, avec pyosalpinx ou kyste de l'ovaire.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on est obligé de sectionner et de lier l'épiploon, adhérent à tout le contenu du petit bassin. On voit, à gauche, une masse du volume des deux poings, sous-péritonéale, qui semble être un kyste intraligamentaire de l'ovaire. On essaie d'enlever cette masse, mais on est obligé, pour y parvenir, de la ponctionner : on retire 300 grammes de pus vert, d'aspect tuberculeux, non fétide. On voit alors l'utérus, petit, et les deux trompes, bosselées; on enlève le tout. Suites opératoires mouvementées, mais la malade guérit.

Examen des pièces. — L'utérus paraît sain. Les trompes sont oblitérées, volumineuses, bosselées. De-ci de-là, on voit des îlots jaunâtres, couleur mastic. La tranche de section montre des cavités pleines de pus ressemblant au pus tuberculeux. D'autres cavités sont pleines d'un magma caséeux. Ces trompes ont l'aspect de trompes tuberculeuses typiques.

L'ovaire droit est augmenté de volume, oedémateux, avec quelques granulations grisâtres sur la surface.

L'ovaire gauche est méconnaissable; c'est à ses dépens qu'est formée la tumeur volumineuse, dont il ne reste plus que la membrane, épaisse d'un demi-centimètre par endroits, plus ou moins

mince en d'autres. Aux points épaissis, on trouve quelques cavités d'apparence kystique. Le reste de la paroi est mince; le côté externe est lisse, luisant; la paroi interne est mamelonnée, vil-leuse, recouverte de pus. Par places, on note des îlots jaunâtres sur la paroi externe du kyste. Ces points jaunâtres sont exclusi-vement situés au niveau du pôle inférieur, qui était adhérent à la trompe.

Examen microscopique. — Les coupes histologiques portent : a) sur les points les plus épaissis de la paroi, formant des gâteaux tourmentés, où déjà la section macroscopique permettait de discerner la dégénérescence caséeuse; b) sur les points amin-cis, peu lésés, où seul un piqueté granuleux à la surface périto-néale pouvait faire penser à une lésion tuberculeuse.

a) On constate au microscope que les sections ont passé par l'ovaire lui-même, qui se trouvait ainsi être utilisé pour consti-tuer la paroi de la tumeur. Le caractère histologique des lésions constatées ne laisse aucun doute sur le diagnostic de tuberculose : aspect nodulaire des lésions centrées le plus souvent par des cel-lules géantes très remarquables, à noyaux périphériques le plus souvent, parfois vacuolaires; traînées de cellules épithélioïdes ac-compagnant un peu partout les cellules géantes. Tendance à la nécrose rapide, amenant le ramollissement des nodules isolés et la formation de vastes foyers caséeux dans les points à lésions confluentes. Dans beaucoup d'endroits ramollis, on observe une infiltration abondante de polynucléaires faisant présumer l'en-vahissement de la lésion par des infections secondaires.

b) Les points amincis présentent un aspect relativement lisse sur la face interne, où ils sont constitués de la façon suivante : 1° un épithélium cubique, desquamé en grande partie; 2° une zone lamelleuse fibreuse, dense, présentant à peine quelques infil-trations de cellules migratrices; 3° une zone péritonéale recouverte d'un tapis de follicules tuberculeux, crus pour la plupart, et à tendance scléreuse. Les trompes présentent des lésions tubercu-leuses très nettes et à tous les degrés de leur évolution. L'ovaire droit est porteur de lésions de même nature, mais incomparable-ment moins étendues.

En résumé, il s'agit d'un kyste simple de l'ovaire, développé sur un terrain tuberculeux et tuberculisé en presque totalité, vraisemblablement de l'extérieur vers l'intérieur.

OBSERVATION II.

(MOENCH.)

Nullipare de 50 ans, non mariée. C'est une femme asthénique, qui a beaucoup maigri, qui se plaint de douleurs dans l'abdomen et qui tousse.

L'examen montre des poumons tuberculeux.

On trouve du côté gauche un kyste gros comme une tête d'adulte, du côté droit un kyste gros comme un œuf d'oie.

Opération. — Sous anesthésie rachidienne. On trouve une tuberculose péritonéale générale, avec beaucoup d'adhérences, pas d'ascite, et les kystes décrits.

A cause du mauvais état de la malade, on enlève seulement les annexes et un morceau du péritoine. L'examen des pièces montre que le gros kyste est du type séreux, le petit dermoïde. Le péritoine et le gros kyste présentent des lésions tuberculeuses et on trouve de nombreux bacilles de Koch sur les coupes. Les deux trompes et le kyste dermoïde sont parfaitement indemnes de tuberculose.

La malade fait une ascite assez importante après l'opération... Six mois après elle meurt de cachexie, et l'examen révéla un utérus atrophié, mais non tuberculeux.

OBSERVATION III.

(MOENCH [2].)

Mme R. P..., entre le 5 décembre 1922 au Post Graduate Hospital. C'est une Italienne de 29 ans, mariée depuis dix ans, et qui n'a jamais été enceinte. Ses antécédents héréditaires sont négatifs.

Histoire actuelle. — La malade s'est bien portée jusqu'au 12 août;

à cette époque, elle a souffert de la région annexielle gauche, et du 15 au 18 août 1922 elle perdit un peu; après quoi, les règles, qui avaient toujours été régulières auparavant, cessèrent. Le ventre augmenta de volume et pendant trois semaines environ elle eut des nausées et des vomissements.

Examen physique. — Il montre seulement un abdomen plus développé que normalement et tendu du côté gauche.

Examen gynécologique. — Montre une grosse masse du côté gauche, qui ne peut être circonscrite distinctement; elle s'étend à peu près jusqu'à l'ombilic et descend dans le petit bassin. Le cul-de-sac de Douglas est rempli et plus ou moins pâteux. L'utérus ne peut être isolé, mais semble augmenté de volume et irrégulier.

Un diagnostic est difficile, mais l'on se trouve apparemment en présence d'un utérus fibromateux et d'une grossesse extra-utérine.

À l'opération sous anesthésie à l'éther, l'utérus est trouvé légèrement augmenté de volume, mais par ailleurs normal. La masse du côté gauche est un gros pyosalpinx et un kyste de l'ovaire de la taille d'un citron.

Du côté droit, on trouve un pyosalpinx plus petit et un ovaire normal. Les annexes des deux côtés sont normales. L'opération est rendue extrêmement difficile par de nombreuses et solides adhérences. Le péritoine est indemne.

Examen des pièces. — La trompe gauche et l'ovaire, enveloppés ensemble par du tissu fibreux et un exsudat inflammatoire, mesurent $110 \times 63 \times 64$ millimètres.

La pièce, déchirée sur un côté, laisse voir une cavité irrégulière ($40 \times 35 \times 20$ millimètres), qui est limitée par une membrane hémorragique et pyogène. Sur une coupe, on trouve que la cavité va s'amincissant vers le bas et latéralement jusqu'à n'avoir plus que 18 millimètres, et qu'elle se continue alors avec la lumière de la trompe.

L'ovaire lui-même mesure $80 \times 51 \times 45$ millimètres; il est plutôt mou. Sur une coupe, on trouve une cavité (45×35 millimètres) remplie d'une graisse jaune opaque, avec de nombreux cheveux blonds; ces derniers ont leur racine dans la paroi lisse du kyste. Il n'existe pas d'autres formations, telles que des dents. L'épais-

seur de la paroi du kyste varie de 3 à 5 millimètres; cependant, elle atteint à un endroit donné 30 millimètres, et on trouve là un second kyste plus petit rempli de matière sébacée.

La trompe droite et l'ovaire sont fixés ensemble; la trompe elle-même mesure 105 millimètres de long, et son épaisseur varie de 5 à 14 millimètres. L'ovaire mesure $58 \times 45 \times 27$. Sur une coupe il se montre œdémateux et contient de nombreux kystes folliculaires.

Des coupes faites des différentes parties de la pièce furent fixées par le forinol, imbibées de paraffine et colorées suivant la méthode habituelle.

Examen microscopique. — Les deux trompes montrent de part en part une inflammation due à une énorme suppuration chronique, et de plus en maints endroits de nombreux tubercules typiques constitués par des cellules épithélioïdes et des cellules géantes de Langhans.

Une coupe de l'ovaire gauche montre des lésions plus avancées que dans les trompes; il existe de nombreux tubercules à travers tout le stroma de l'ovaire.

Le kyste décrit plus haut est tapissé par un épithélium stratifié, squameux, au-dessous duquel existent de nombreuses glandes sébacées et des follicules pileux. Tout à côté de ceux-ci et dans la paroi du kyste lui-même, il y a de nombreux tubercules.

La coupé de l'ovaire droit n'est intéressante que par de nombreux kystes folliculaires et un petit nombre de follicules de Graaf en développement. On ne voit nulle part de tubercules dans cet ovaire.

Les préparations faites avec des coupes de trompe colorée par la carbo fushine et décolorée dans l'alcool à 90° et l'alcool absolu montrent de nombreux bacilles minces et rouges.

Diagnostic :

Tuberculose bilatérale des trompes;

Kyste dermoïde et tuberculose de l'ovaire gauche;

Petite dégénérescence kystique de l'ovaire droit.

OBSERVATION IV.

(CARTIER et LANTUÉJOUL.)

Mme P..., 26 ans, infirmière, vient consulter pour augmentation anormale du volume du ventre. Elle a un enfant âgé de 16 mois, bien portant. Elle est enceinte à nouveau d'environ quatre mois.

Les antécédents ne présentent rien de particulier à noter. Au cours de sa première grossesse, elle a présenté vers le septième mois une augmentation assez rapide du volume du ventre. Elle termina cependant sa grossesse et put accoucher spontanément, sans incidents.

Examen. — On constate un utérus dont le volume correspond bien à une grossesse d'environ quatre mois. L'abdomen est très volumineux, il contient manifestement une importante collection liquide, et le diagnostic d'ascite est porté.

L'examen des autres organes est négatif.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide opaque très riche en albumine, dans lequel l'examen microscopique permet de trouver de nombreux bacilles de Koch.

Du liquide est injecté à un cobaye (coagulum fibrineux de 40 cc. de liquide injectés dans l'aîne gauche). Le cobaye meurt quatre mois après. A l'autopsie, deux ganglions caséeux au point d'ino-culation; foie parsemé de tubercules; rate : tubercules sur le bord supérieur et la partie inférieure de la face antérieure; poumons farcis de tubercules; ganglions fibreux dans le médiastin.

Une laparotomie exploratrice est décidée par M. Brindeau dès que la ponction eut été faite et sans attendre les résultats de l'ino-culation au cobaye.

Incision haute : un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. On arrive dans la cavité péritonéale, qui ne contient pas de liquide. Le doigt tombe sur une poche flasque, qui est un kyste de l'ovaire. La poche envahit toute la cavité péritonéale en s'insinuant principalement au niveau de la base du thorax. On ponctionne le kyste et on retire environ 40 litres de liquide vert brun.

on l'extériorise très facilement. Le pédicule est large comme quatre doigts environ, aplati, tordu, dans le sens des aiguilles d'une montre, à 45°. Section du pédicule et suture. Les annexes gauches sont normales; l'ovaire gauche contient un corps jaune. Suites très simples.

La femme revient à Tarnier accoucher à terme d'un garçon pesant 3 kg. 440.

L'accouchement fut spontané et les suites parfaites. Trois ans après son accouchement, la femme se portait très bien et ne présentait rien de particulier.

OBSERVATION V.

(BJORKENHEIM [1].)

(Nous n'avons pu nous procurer cette observation parue dans les publications étrangères.)

OBSERVATION VI.

(Ed. A. BJORKENHEIM.)

Observation d'un kyste de l'ovaire uniloculaire contenant un liquide purulent et recouvert de masses caséuses. Il semble qu'il s'agisse d'une infection secondaire d'un kyste déjà existant, l'infection s'étant faite par la voie lymphatique ou la voie circulatoire. L'infection par la voie péritonéale est à rejeter, le péritoine étant absolument sain et la paroi kystique ne contenant ni tubercules ni cellules géantes.

OBSERVATION VII.

(ALTHABE et MUINOS.)

OBSERVATION VIII.

(A. ALBANESE.)

(Nous n'avons pu nous procurer ces deux observations étrangères.)

OBSERVATION IX.

(Manuel L. PEREZ et Leon. ROSENWOSSEK.)

Mme X..., âgée de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance, pleurésie séro-fibrineuse à 23 ans, c'est-à-dire un an avant sa maladie actuelle.

Règles toujours normales. L'examen clinique ne montre rien de particulier, si ce n'est de petites élévations thermiques vespérales, qui ne dépassent pas 37°5.

Mariée depuis onze mois, elle est en aménorrhée depuis. Elle entre à l'hôpital, où on diagnostique une grossesse.

L'examen génital donne les renseignements suivants :

Vulve et vagin sans particularité.

Col utérin situé dans le fond du cul-de-sac antérieur, consistance normale (non gravidique), orifice fermé. La palpation bimanuelle montre un corps en antéversion et augmenté de volume pour une nullipare, mais dont la consistance et la forme sont conservées. Dans le fond du cul-de-sac vaginal gauche, on touche une tuméfaction dure, de forme irrégulière, grosse comme une mandarine.

Dans le cul-de-sac vaginal droit, on croit délimiter en avant une tuméfaction flasque sans rénitence, qui remonterait jusqu'à l'ombilic par la palpation abdominale. Dans la fosse iliaque gauche, on limite sans certitude une tuméfaction mobile et dure.

Opération. — Avec le diagnostic de myome sous-séreux et de kyste papillomateux, on intervient.

Laparotomie médiane sous ombilicale : dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on remarque un kyste flasque, peu tendu, fixé par des adhérences aux organes voisins, qui s'isole au doigt avec difficulté étant donné son grand volume.

On le ponctionne et on extrait un liquide opalescent (5 litres) avec l'aspirateur de Finochietta. Ses dimensions ainsi un peu réduites, on peut voir que son pédicule correspond à l'ovaire droit,

pédicule qui se lie et s'extirpe avec l'ovaire. On continue à faire la libération des adhérences à l'intestin et à la partie postéro-latérale de la paroi en remontant jusqu'à l'hypocondre droit par derrière le bord postérieur du foie, d'où on le libère d'adhérences qui le fixaient au diaphragme. On lie à ce niveau et on extirpe la poche kystique; on remarque alors que le péritoine qui tapisse la paroi et celui qui recouvre les anses intestinales est semé de petites granulations de couleur blanchâtre en relief, de la grosseur d'une lentille, comme on en observe dans la tuberculose miliaire.

En examinant le kyste, on constate que ses parois présentent un aspect laiteux analogue à celui de la substance caséuse.

L'utérus, petit, en situation normale, et l'annexe gauche ne présentent rien de particulier (rachianesthésie à la novocaïne, 0,10).

Suites opératoires normales. — La malade se lève le dix-neuvième jour, et la convalescence se poursuit dans d'excellentes conditions.

L'examen histo-pathologique du kyste, effectué par le docteur Colillas, montre qu'il s'agit d'un kyste tuberculeux, car il y a des cellules géantes, des nodules avec dégénérescence, bien qu'on n'ait pas rencontré de bacilles de Koch.

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Il s'agit d'une malade de 40 ans, opérée il y a vingt ans d'hystérectomie, avec castration unilatérale pour infection suppurée utéro-annexielle, *post abortum*. Elle est entrée dans le service le 21 avril 1932 pour gêne dans le bas-ventre et trouble dans l'état général.

Antécédents. — Dans ses antécédents, cette malade ne présente aucune maladie grave, sauf une pleurésie à l'âge de 15 ans, pour laquelle un repos de un mois a été nécessaire. Son histoire personnelle ne présente par ailleurs aucun autre signe d'impregnation tuberculeuse. Elle a toujours paru d'une excellente santé jusqu'à sa première opération, dont les suites ont été extrêmement simples.

Par contre, dans sa famille, nous relevons le père mort d'une fluxion de poitrine et une sœur morte de méningite à l'âge de 13 ans.

Histoire de la maladie. — Lorsqu'elle se présente à nous, cette malade prétend être gênée depuis quatre ans par des troubles variés : bouffées de chaleur, céphalée, pesanteur abdominale, tendances à l'évanouissement, troubles de la circulation des membres inférieurs, hémorroïdes. Ces troubles sont relativement légers, cependant la malade consulte il y a deux ans M. le Professeur Bégouin, qui trouve une masse abdominale et propose une opération.

Celle-ci est refusée par la malade.

Son état reste stationnaire jusqu'à ces temps derniers, où les troubles augmentent (bouffées de chaleur, évanouissements, fatigue générale). De plus, la malade perçoit nettement l'apparition, puis le développement d'une tumeur dans sa fosse iliaque gauche.

Examen clinique. — A la palpation, on trouve, en effet, dans la région annexielle gauche, une masse régulière, dure, légèrement douloureuse. Son volume paraît être celui d'un petit melon. Au toucher vaginal, on retrouve cette masse, qui paraît alors plus élastique et indépendante du col. Elle tombe dans le cul-de-sac gauche et déborde dans le cul-de-sac postérieur. A ce niveau, on sent un nodule plus dur, faisant corps avec elle (c'est ce nodule qui se montra plus tard être une petite formation apparemment sébacée, mais en réalité tuberculeuse).

Opération. — A l'opération, pratiquée le 6 mai 1932, on trouve un kyste mucoïde à parois bleuâtres caractéristiques, adhérent à la vessie, au rectum et au moignon du col. Sa libération est délicate du côté du rectum, qui est dépéritonisé et saigne en nappe. Appendicectomie complémentaire. On termine par un Mikulicz à deux mèches.

Les suites ont été normales.

Examen de la pièce. — L'examen microscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste mucoïde biloculaire contenant un liquide citrin tenant en suspension des petites gouttelettes huileuses qui lui donnent un aspect « bouillon gras ». Ce kyste présente

au niveau de son pôle inférieur un nodule du volume d'une petite noix, qui se montre formé à la coupe d'une paroi très épaisse (4 à 5 millimètres) et rempli d'une matière sébacée. Le diagnostic de kystes mucoïde et dermoïde est alors posé, jusqu'à la confirmation du laboratoire, auquel est envoyé un fragment de paroi des deux tumeurs.

La réponse (Laboratoire de M. le Professeur Sabrazès) est la suivante :

1° Kyste du genre racémeux;

2° Il s'agit d'une lésion tuberculeuse avec des tubercules folliculaires. Il y a une cavité de kyste à revêtement cylindrique. Ce n'est pas un kyste dermoïde.

CONCLUSIONS

La tuberculose du kyste de l'ovaire est rare. La littérature médicale n'en rapporte que 56 cas.

C'est une véritable complication du kyste, une tuberculation, et non une forme kystique de la tuberculose ovarienne.

Le bacille, qui provient le plus souvent d'un foyer tubaire préexistant, arrive au kyste par voie lymphatique ou par propagation de proche en proche, le péritoine jouant alors le rôle d'intermédiaire. La voie sanguine ne doit être que très rarement incriminée.

Les formes anatomo-pathologiques s'échelonnent depuis les simples granulations à la surface du kyste et les tubercules interstitiels ou internes jusqu'à la transformation du kyste en abcès froid. A un degré plus avancé, les lésions tuberculeuses soudent entre eux les organes pelviens.

Une observation tout à fait nouvelle permet de soupçonner dans le kyste une forme de tuberculose analogue à celle qui se manifeste par un épanchement dans les séreuses : plèvre, vaginale, synoviale.

Cette affection n'a pas de tableau clinique propre; elle emprunte celui de la métro-annexite et de la néoplasie ovarienne, en y ajoutant l'allure torpide propre à la tuberculose.

Le diagnostic n'est possible qu'en présence des lésions anatomiques, il serait peut-être possible si l'on pratiquait la ponction du kyste et l'examen cyto-bactériologique.

Le pronostic, peu grave en ce qui concerne le kyste même, dépend en réalité du foyer primitif.

Le traitement de l'annexite et du kyste n'est pas modifié du fait de la tuberculisation de ce dernier. Quand on ne peut pas enlever le kyste en totalité, la marsupialisation donnera tout de même de bons résultats.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 30 novembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANESE (A.). — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Arch. di Obst. e Gin.*, 17, 547-559, sept. 1930.
- ALTHABE et MUINOS. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Soc. Obst. et Gyn. Buenos-Ayres*, 24 oct. 1929.
- BAUMGARTEN. — Ein Fall von kystoma ovarü, mit Tuberculoser Entartung der cysten Wand. *Wichows archiv*, 1884, Bd 97.
- BERTINO. — Tuberculose péritonéale compliquant un kyste dermoïde de l'ovaire. *La Gynecologia*, 1905, II, 355-368.
- BJORKENHEIM. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Finska läk. Sallsk. handl*, 69, 685-687, Aug. 1927.
- *Acta Obst. et Gyn. Scandinavica*, vol. 7, p. 13-24, 1928.
Résumé dans *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 474.
- BOURMALATZ (Mlle). — Contribution à l'étude de la tuberculisation des kystes de l'ovaire. Thèse Toulouse, 1923.
- CARTIER et LANTUÉJOUL. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, 15, 36-38, janv. 1927.
- CELLER. — *Amer. Journ. of obst.*, oct. 1904.
- COHN. — Sur la tuberculose de l'ovaire. *Arch. für gynäk.*, 1912, p. 497.
- CHARBONNEL et NADAL. — La tuberculose des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Province médicale*, 1912, p. 426.
- EHRENDORFER. — Tuberculose ovarial cyst. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1896, n° 15, p. 186-253.
- EGON, EWALD, PRIBAM. — Zur tuberculose der ovarial geschwulstre. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, n° 15, sept. 1921.
- ELSAESSER. — Über Einen Fabl. von. tuberculosem ovarial-kystom. *Inaugural Diss. Tübingen*, 1899, n° 23.
- FORGUE et CHAUVIN. — La tuberculose des kystes de l'ovaire. *Rev. de chir.*, n° 11 et 12, nov.-déc. 1919.

- GADE. — Cystis dermoïdea : Kysto papilloma proliferans et tuberculosis ovarii. *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1893, S. 597.
- GOROWITZ (Mlle). — De la tuberculose génitale chez la femme. Thèse Paris, 1899-1900.
- GOUILLOUD. — Kyste de l'ovaire tuberculeux, *Lyon médical*, 1905.
- GRUSBAUM. — Kyste dermoïde de l'ovaire, avec tuberculose miliaire. Soc. de méd. de Nuremberg, in *Munchener med. Wochenschr.*, 10 sept. 1912.
- GRUDEW. — Tuberculose de l'ovaire. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1900.
- GUILLEMAIN. — La tuberculose de l'ovaire. *Rev. de chir.*, 1894, n° 12.
- GUYOT et TRAISSAC. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. (Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux, 1932).
- HEIBERG. — Festschrift R. Virchow quewidmet, Bd II. Cité in *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1892, Bd XVI, S. 980.
- KELLY. — Tuberculosis of Fallopian tubes and peritoneum. Ovarion tumor. *Johns Hopkin's Hospital Report*, Baltimore, 1890, Bd II, p. 201.
- KLEBS und OLSHAUSEN. — Les maladies de l'ovaire. *Billroth-Lucqueschen Handbuch der Frauen Krankheiten*, vol. II, p. 702.
- KRZYWIKI. — *Ziegler's Beiträge für pathol. Anat.*, 1889, Bd III, Heft 3.
- LANTUÉJOUL. — Voir CARTIER.
- LEFÈVRE. — La tuberculisation des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, déc. 1922.
- LEFÈVRE et LOUBAT. — Sur un cas de kyste tuberculeux de l'ovaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913, p. 267-269.
- LENORMANT et MAULONGUET. — Tuberculose des annexes de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, n° 6.
- LOGOTHETOPAULOS. — Tuberculose d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1908.
- MADLENER. — Tuberculose variol cyst. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1894, Bd V, S. 621; cité in *Centralbl. S. Gyn.*, 1894, p. 529.
- MARTINI. — Sur la tuberculose des kystes de l'ovaire. *Ann. di obst. e di gyn.*, 12 déc. 1912.

- MÉRIEL. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse, 5 nov. 1913.
- MUINOS. — Voir ALTHABE.
- MOENCH. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire. *Gyn. Rundschau*, 1916, in *Centralbl. für Gyn.*
- Kystes tuberculeux de l'ovaire avec rappel de 3 cas observés par l'auteur. *Amer. Journ. Obst. et Gyn.*, Saint-Louis, 1923, VI, p. 478.
- OLSHAUSEN. — *Verhandlungen der Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin*, sitzung vom 22 februar 1901; cité in *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1901, Bd XLV, S. 377.
- PÉREZ et ROSENWASSER. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Semana medica*, p. 278-281, janv. 1931.
- PAMPANINI. — Tuberculose et néoplasmes génitaux (9 cas). *Ann. di obst. e gyn.*, 31 juill. 1913.
- PEWSNER (Mlle). — Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. Thèse Lyon, 1913, n° 53.
- POLOSSON. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire, in thèse Rémy. Soc. de chir. de Lyon, 26 janv. 1905.
- POLOSSON et VIOLET. — Kystes de l'ovaire et tuberculose. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, oct. 1905.
- Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. *Lyon chirurgical*, oct. 1913.
- PRÜSMANN. — Tuberculose der Eistocksgeschwülste. *Arch. für Gyn.*, 1903, Bd LXVIII, S. 799.
- RÉMY. — La tuberculose des kystes de l'ovaire. Thèse Lyon, 1904.
- RIVES. — La tuberculose des annexes de l'utérus. Thèse Montpellier, 1910.
- ROSENTHAL. — *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, nov. 1911.
- SCHOTTLAENDER. — Ueber Eierstockstuberculose. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1897, Bd V, Heft 4 et 5, S. 426.
- SIMMONDS. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire. *Arch. für Gyn.*, 1909, p. 29.
- SAENGER. — Tuberculose kystoma ovarii bei Tuben und Bauch fell tuberculose. *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1890, S. 522.
- SCALONE. — Tuberculose de la trompe et de l'ovaire avec kyste de l'ovaire tuberculeux. *Folia gynecologia*, 1910.

- TUSINI. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire. *Centralbl. für Gyn.*, 1907, p. 1020.
- VILLA. — Tuberculosi di cysti ovariche. *La tuberculosi umana*, 1909 (*in Martini*).
- WESCHERG. — Inspection tuberculeuse d'un kyste de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Vienne, 28 avril 1903.
- WELLS-SPENCER. — *Transact path. Soc. London*, 1863-1864, p. 167-191.

